



SAINT LOUIS UNIVERSITY

Madrid

Permiso para compartir información académica

Certifico que yo, _____, soy estudiante en Saint Louis University. Además, certifico que desde esta fecha doy permiso para compartir con mis padres, tutor u otra persona o entidad específica, toda la información contenida en mi archivo personal, bajo las condiciones del Family Educational Rights and Privacy Act of 1974 (Buckley Amendment). Por favor, especifique abajo:

Nombre de los padres/tutores u otros: _____

Esta autorización es válida durante el tiempo que el alumno es estudiante matriculado en Saint Louis University, pudiendo ser cancelada en cualquier momento por el alumno a través de la Oficina del Registro.

Firma: _____

Nombre completo (letras mayúsculas): _____

Número de identificación del estudiante: _____

Dirección: _____

Ciudad, código postal y país: _____

Teléfono: _____ Fecha: _____

Por favor, envíe a: Registro
Saint Louis University
Avda. del Valle, 34
28003 Madrid

O mandar por fax a la atención de Registro, a: +34 91 554 6202